

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE **463**^{N°}

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Antoine COUTISSON

Né à Bourgneuf, le 7 juin 1883

Contribution à l'Étude

DES

Abcès de la Cloison recto-vaginale

Président : M. QUÉNU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

—
1911

463

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1911

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

Antoine COUTISSON

Né à Bourganeuf, le 7 juin 1883

Contribution à l'Étude

DES

Abcès de la Cloison recto-vaginale



Président : M. QUÉNU, professeur.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUBE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, Rue Racine (vi^e)

1911

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN, M. LANDOUZY

PROFESSEURS

MM

Anatomie.	NICOLAS
Physiologie.	CH. RICHERT
Physique médicale.	GARIEL
Chimie organique et Chimie générale.	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales.	ACHARD
Pathologie médicale.	WIDAL
Pathologie chirurgicale.	DEJERINE
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE
Histologie.	PIERRE MARIE
Opérations et appareils.	PRENANT
Pharmacologie et matière médicale.	HARTMANN
Thérapeutique.	POUCHET
Hygiène.	MARFAN
Médecine légale.	CHANTEMESSE
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT
Pathologie expérimentale et comparée.	CHAUFFARD
	ROGER
	HAYEM
Clinique médicale.	GILBERT
	DEBOVE
	LANDOUZY
	HUTINEL
Maladies des enfants.	
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	GILBERT BAILLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux.	
	DELBET
Clinique chirurgicale.	QUENU
	RECLUS
	SEGOND
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	ALBARRAN
	BAR
Clinique d'accouchements.	PINARD
	RIBEMONT-DESSAIGNES
Clinique gynécologique.	POZZI
Clinique chirurgicale infantile.	KIRMISSON
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BALTHAZARD	DESGREZ	LENORMANT	PROUST
BERNARD	DUVAL (P.)	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GOUGEROT	LERI	REITTERER
BRINDEAU	GREGOIRE	LOPPER	RICHAUD
BROCA (A.)	GUENIOT	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	GUILLAIN	MAILLARD	ROUVIERRE
CAMUS	JEANNIN	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	JOUSSET (A.)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LABBE (M.)	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LANGLOIS	NOBECOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	LAIGNEL-LAVASTINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECENE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR QUÉNU

Chirurgien de l'hôpital Cochin
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE PARIS

M. LE PROFESSEUR HONORAIRE DIEULAFOY

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

M. LE PROFESSEUR PINARD

M. LE PROFESSEUR HUTINEL

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ WALLICH

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ COUVELAIRE

M. LE DOCTEUR HIRTZ

M. LE DOCTEUR AVIRAGNET

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX DE LIMOGES

M. LE DOCTEUR RAYMOND

Professeur honoraire

M. LE DOCTEUR THOUVENET

Professeur de Clinique interne

M. LE DOCTEUR VOUZELLE

Professeur d'Anatomie

M. LE DOCTEUR DEVAUX

Professeur d'Histoire naturelle

Contribution à l'Étude
DES
Absès de la Cloison recto-vaginale

AVANT-PROPOS

Avant de commencer ce modeste travail sur les absès de la cloison recto-vaginale, qu'il me soit permis de remercier M. le professeur agrégé Mauclaire qui nous a conseillé ce sujet et qui nous a suggéré les idées principales.

Mais, nous tenons surtout à lui témoigner notre gratitude pour la bienveillance avec laquelle il nous a accueilli dans son service de clinique annexe de la Charité, nous permettant de profiter plus effectivement de ses leçons pratiques de chirurgie.

C'est après avoir examiné et suivi un cas d'absès de la cloison recto-vaginale à l'hôpital de la Charité que nous avons entrepris ce travail.

Colliger les observations, essayer d'en déduire l'étiologie, la pathogénie, l'histoire clinique, l'évolution, les complications, et le traitement de ces absès, tel a été notre but. Nous ne nous flattons pas d'y avoir parfaitement réussi, car peu d'observations ont été publiées et peu d'examens bactériologiques ont été faits.

HISTORIQUE

S'il n'a pas paru de travail d'ensemble sur les abcès de la cloison recto-vaginale, on les a cités depuis longtemps comme causes des fistules recto-vaginales. Rhea Barton, en 1840, rapporte un cas d'abcès aigu, dans le *The American Journal*. Dans le traité de Jobert de Lamballe, sur les fistules recto-vaginales, il y a plusieurs observations. Quelques autres encore parurent dans les thèses de Perret, en 1855 ; de Voisin Auguste en 1858 ; de Serres, en 1867 ; de Sauri, en 1868, et enfin, dans celles plus récentes, de Roger, 1896-1900, et de Fouvielle, 1899-1899.

C'est Février qui, le premier, en 1877, montra la fréquence des abcès suivis de fistules dans les rétrécissements du rectum : « Les fistules peuvent ramper de la cloison recto-vaginale et donner naissance à des trajets ou à des culs-de-sac secondaires. On peut avouer que dans ce dernier cas, elles sont presque toujours dues à un abcès, dont on fera sortir une grande quantité de pus en appuyant sur la cloison ».

Depuis, tous les auteurs des traités chirurgicaux les ont signalés : MM. les professeurs Quénu et

Hartmann, en traitant les fistules recto-vaginales dans leur livre sur la *Chirurgie du rectum* cite en effet le rétrécissement du rectum et la tuberculose péri-anale comme causes d'abcès de la cloison recto-vaginale.

En 1858 fut publiée à Berlin dans le *Monatschrift für Gebürstkunde und Frauenkrankheiten*, la première observation d'abcès à la suite de phlébite hémorroïdaire. Dans la littérature médicale, nous en avons relaté quelques autres : celles de M. Rou-tier, en 1908, de M. Potarca, dans la *Revue de Chirurgie* de Bucarest.

Enfin, d'autres cas isolés sont plus ou moins intéressants par leur étiologie : l'observation de Coni en 1822, rapportant un cas d'abcès phlegmoneux dans la *Revue médico-chirurgicale* de Buenos-Aires ; celles de Rochen en 1836 et Ulsamer, en 1846, signalant des cas identiques.

Weniger, dans sa thèse, parue à Berlin, en 1877, rapporte un cas d'abcès à la suite d'une chute sur un objet pointu.

D'autres observations sont intéressantes par leurs complications : Brown, en 1877, signale une obstruction du rectum par un énorme abcès de la cloison. Un autre gros abcès ne gêna nullement l'accouchement, comme l'a rapporté Osmar Vincent en 1868.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

En divisant les abcès de la cloison recto-vaginale en *abcès idiopathiques* et *abcès symptomatiques*, la fréquence de ces derniers par rapport aux autres est tellement grande, qu'elle en constitue presque toute l'étude.

En effet, on note peu d'abcès traumatiques reconnaissant pour cause un coup, une chute, une contusion, une déchirure étendue ou profonde, une plaie, une brûlure, une blessure quelconque ou produite par un accouchement laborieux.

Et parmi les abcès symptomatiques, les maladies du vagin, et tout particulièrement les vaginites produisent plus rarement d'abcès que les maladies du rectum.

Les rétrécissements du rectum, la tuberculose péri-anale, la phlébite hémorroïdaire, les rectites, peuvent se compliquer d'abcès de la cloison. Cette complication est due à la richesse du réseau lymphatique sous-sphinctérien, aux grappes des troncles lymphatiques contenus dans les colonnes de Morgagni, *aux nodules lymphatiques de la cloison recto-vaginale*. Ces lymphatiques sont exposés à être

ouverts par un léger froissement, et, immédiatement contaminés, nous expliquent la formation de beaucoup d'abcès sans cause apparente, soit qu'ils soient dus à une infection colibacillaire, ou staphylococcique, ou streptococcique, ou gonococcique. Sans oublier que certains de ces abcès, d'origine inconnue, pourraient bien être des abcès tuberculeux, même dans les cas aigus, ceux-ci l'étant secondairement.

La suppuration d'un kyste de la cloison recto-vaginale donne lieu quelquefois à des abcès.

Les chancres vulvaires peuvent donner des abcès de la cloison recto-vaginale. Un auteur allemand en a rapporté 1 cas qu'il m'a été impossible de trouver à Paris.

Enfin, certaines suppurations de voisinage (phlegmon péri-utérin, hématocele suppurée, pelvi-péritonite, appendicite, salpingo-ovarite) peuvent infecter les nodules ganglionnaires de la cloison recto-vaginale. Il se produit, dans certains cas, un abcès ne communiquant pas avec le foyer de suppuration.

NATURE DE L'AGENT INFECTIEUX

L'étiologie de ces abcès rentre dans l'étiologie des abcès péri-rectaux. On y découvre le *bacterium coli*, le *staphylocoque*, le *streptocoque*, agents habituels de ces suppurations. Par des inoculations, on mettra en évidence l'origine tuberculeuse de certains de ces abcès. Dans une observation inédite, où l'examen

bactériologique fut fait, on décela le *gonocoque*, signalé par quelques auteurs.

Il aurait été intéressant de rechercher si les abcès, sans cause apparente, même à allure aiguë, ne seraient pas dus au *bacille tuberculeux*. L'évolution clinique de certains abcès permet de le supposer.

VOIE SUIVIE PAR L'AGENT INFECTIEUX

C'est au réseau lymphatique très riche du rectum, c'est au réseau lymphatique du vagin, se rendant aux nodules lymphatiques de la cloison recto-vaginale qu'est due l'infection.

Quant à la phlébite et à la périphlébite hémorroïdaire elles expliquent seulement un petit nombre d'abcès.

SYMPTOMES

Si certains abcès de la cloison recto-vaginale sont indolores, le plus souvent, ces abcès s'annoncent par des douleurs gravatives, puis lancinantes. Bientôt ces douleurs augmentent d'intensité, deviennent pulsatives et continues, avec de fréquentes exacerbations. Elles s'accompagnent d'une sensation de chaleur insupportable et s'irradient dans le bassin, vers les régions inguinales, et surtout du côté du périnée et du rectum. Il en résulte une pesanteur pénible vers l'anus, des épreintes fréquentes et des souffrances très aiguës pendant l'acte de la défécation. Rarement il y a obstruction complète du rectum.

Les douleurs occasionnées par ces abcès augmentent sous l'influence des efforts et des mouvements : les malades peuvent difficilement se baisser et rester assis ils marchent avec peine, souvent même ils ne peuvent exécuter quelques pas sans éprouver d'horribles souffrances.

A ces symptômes locaux se joignent habituellement les phénomènes généraux des inflammations suppuratives : malaise, courbature, inappétence,

frissons, mouvement fébrile, constipation, quelquefois amaigrissement marqué.

L'examen au spéculum est extrêmement difficile ; mieux vaut y renoncer, dans certains cas, en raison de l'extrême endolorissement des parties.

Le toucher vaginal doit être combiné au toucher rectal. On doit les pratiquer avec de grandes précautions, car souvent ils sont souvent très douloureux. Ils permettent de constater et de délimiter une tuméfaction formant saillie dans le vagin et dans le rectum. Dans certains cas, le calibre du vagin ou du rectum sont complètement obstrués. Cette tuméfaction est globuleuse, bien circonscrite, très douloureuse à la pression ; sa température est plus élevée que celle des tissus voisins ; on peut dans la plupart des cas y constater aisément une fluctuation caractéristique.

L'examen rectoscopique pourrait dans certains cas, donner des renseignements utiles.

Somme toute, d'une part : douleurs vives avec ténésme rectal, malaise, température, inappétence, rarement amaigrissement.

D'autre part, tuméfaction globuleuse, bien circonscrite, très douloureuse à la pression, tels sont les principaux signes qui guideront pour porter un diagnostic.

ÉVOLUTION ET COMPLICATIONS

Il ne faut pas compter sur une résorption spontanée. Si l'abcès n'est pas ouvert dès qu'il est formé, le pus se fraye une double issue dans le vagin et le rectum, créant une *fistule recto-vaginale*. Voici la grosse complication et de beaucoup la plus fréquente. Moins souvent il se forme une fistule vaginale, ou périnéale, ou rectale.

Brown a signalé un cas d'obstruction du rectum (obs. XVI); Maguin une rétention d'urine (obs. XVII), Bæhm le sphacèle du vagin (obs. XV). Ce sont des complications bien rares.

On ne pourrait passer sous silence le danger possible de l'évacuation d'un abcès au moment d'un accouchement. Certes, des cas heureux, tels, que celui d'Osman Vincent, peuvent exister. Mais l'infection puerpérale pourrait succéder à l'irruption de pus très virulent au moment de la parturition.

DIAGNOSTIC

On ne confondra pas l'abcès de la cloison recto-vaginale avec la *hernie vaginale simple*. « Lorsqu'on presse la tumeur, tout en la repoussant en haut et en arrière, vers l'excavation sacrée, elle fuit devant les doigts, et, en même temps, on la sent glisser sur la face antérieure du rectum, remonter et dispa-

raître. Si, tout en exerçant une compression sur les parois de la tumeur, réduite avec les doigts dirigés en arrière, on engage la malade à tousser ou à faire un effort, on éprouve un choc de la part de l'intestin, qui vient frapper les doigts, et reprend sa position anormale aussitôt que l'on cesse la compression. Par le toucher combiné vagino-rectal, on perçoit un éloignement de plusieurs centimètres. Si on rapproche les doigts, ils réduisent la tumeur et viennent en contact. »

Le diagnostic d'abcès de la cloison recto-vaginale est plus important, mais plus difficile avec *la hernie vaginale étranglée*. Comme dans les abcès de la cloison recto-vaginale, il existe des douleurs vives avec température ; la tuméfaction est aussi globuleuse et très douloureuse à la pression. Mais dans certains cas les phénomènes de réaction péritonéale permettent de la différencier.

Les kystes ne sont pas douloureux ; de plus, il n'y a pas les symptômes de l'infection. Avec les abcès tuberculeux, à évolution torpide, on ne fera souvent le diagnostic que par la ponction.

L'hydrocèle de la cloison recto-vaginale communiquant avec la cavité abdominale se différencie par la réduction du liquide qui fuit sous le doigt avec une très légère pression. Abandonnée à elle-même, elle reprend son volume avec la plus grande facilité.

Pa mi les *suppurations pelviennes* pouvant venir faire saillie dans la cloison du vagin, citons les *phlegmons péri-utérins* ; ici, le foyer des phénomènes

phlegmasiques est dans l'excavation pelvienne elle-même. C'est là, dans l'une des deux fosses iliaques, ou dans le tissu cellulaire des ligaments larges que l'inflammation débute et qu'elle se montre avec le plus d'intensité. La sensibilité excessive de l'hypogastre ou de la région péri-utérine, dès le début de la maladie, la formation d'une tuméfaction soit au niveau des fosses iliaques, soit dans le cul-de-sac uréto-vaginal avant tout symptôme analogue du côté du vagin, l'intensité beaucoup plus grande des phénomènes généraux, enfin l'apparition tardive du pus dans la cloison recto-vaginale, tel est l'ensemble des signes à l'aide desquels, on peut toujours distinguer dans le vagin une collection purulente d'origine pelvienne d'avec un abcès recto-vaginal proprement dit. Soit que cette collection purulente vienne d'une appendicite, d'une salpingo-ovarite, d'hématocèle suppurée.

TRAITEMENT

L'abcès formé, il faut se hâter de l'ouvrir et largement par voie vaginale. On draine et on favorise l'écoulement du pus par des injections fréquemment répétées d'eau oxygénée. Dès que l'écoulement diminuera on remplacera le drain par des mèches de gaze iodoformée, placées profondément, essayant d'avoir une guérison sans fistules.

Dans les cas rebelles ou dans les cas récidivants, il

faut détruire les parois de la poche où le pus se collecte, et alors l'excision de cette poche devient indispensable. Il faut recourir d'emblée à l'excision si l'abcès est ancien et enkysté ?

Quant au traitement des complications, des fistules recto-vaginales en particulier, nous n'avons pas à l'envisager ici.

OBSERVATIONS

Nous allons les classer par groupes étiologiques.

OBSERVATION I (Inédite)

(En collaboration avec M. Séjournet, interne des Hôpitaux,
service du professeur agrégé Mauclaire.)

*Abcès de la cloison recto-vaginale par phlébite
hémorroïdaire d'origine colibacillaire.*

Lucie D..., trente-trois ans, blanchisseuse, entre à l'hôpital de la Charité, dans le service du D^r Mauclaire, le 10 décembre 1910, pour des douleurs très vives dans le vagin.

Depuis douze ans, la malade a des hémorroïdes. A la suite d'un accouchement, elle a été prise de diarrhée, de cause indéterminée, diarrhée qui a duré trois jours. C'est au cours de cette diarrhée qu'elle a eu des douleurs dans le vagin, surtout très vives après chaque défécation.

Examen du 10 décembre 1910. — Au pourtour de l'anus, on constate la présence de petites hémorroïdes, dont l'une, siégeant à gauche, a une coloration noirâtre et est légèrement enflammée.

Toucher vaginal. — La paroi postérieure est très épaissie,

donnant l'impression d'un rectum plein de matières fécales. Le toucher est très douloureux.

Toucher rectal. — Rectum vide.

Toucher rectal et vaginal combiné. — Il permet de sentir dans l'épaisseur de la cloison recto-vaginale une masse dure, empâtée, non fluctuante.

Température : 37°8.

On pratique une ponction exploratrice qui ne donne issue à aucun liquide.

Quelques jours après, nouvel examen : la masse a augmenté de volume, elle est plus tendue et plus douloureuse. Température : 37°9.

L'examen rectoscopique, pratiqué par M. Desmaret, montre une muqueuse rectale rouge, enflammée, non ulcérée.

Opération le 12 décembre 1910. — On pratique l'incision par voie vaginale. Il s'écoule environ un verre à Bordeaux de pus fétide, dû au colibacille.

Suites opératoires. — La suppuration diminue rapidement et la malade quitte le service huit jours après.

Elle revient dans le service quinze jours après son départ, complètement guérie.

On a constaté une plaque de sphacèle limitée au niveau des petites hémorroïdes enflammées que nous signalons au début et qui vraisemblablement a servi de porte d'entrée à l'inflammation.

OBSERVATION II (Inédite)

(Due à l'obligeance de MM. Breuillet et Kühn, internes à la
Maison départementale de Nanterre.)

Abcès de la cloison recto-vaginale par phlébite hémorroïdaire.

M^{me} X..., quarante-six ans, entre à la Maison départe-
de Nanterre le 21 mars 1911, pour une pesanteur pénible
vers l'anus, accompagnée d'épreintes fréquentes et de souff-
rances très aiguës pendant la défécation.

Depuis longtemps, elle a des hémorroïdes. Il y a huit jours,
elle perdit un peu de sang par l'anus. Elle se plaint depuis
cinq jours de douleurs très vives après chaque défécation.

Examen du 22 mars 1911. — Hémorroïdes externes
très congestionnées.

Le toucher vaginal, très douloureux, fut combiné au tou-
cher rectal. Il permit de sentir dans l'épaisseur de la cloison
recto-vaginale une tuméfaction peu fluctuante.

Après ponction exploratrice par le vagin, l'abcès fut
incisé et donna issu à du pus très fétide.

Examen bactériologique. — Gonocoque, bacterium coli,
staphylocoque et streptocoque.

OBSERVATION III

*Abcès de la cloison recto-vaginale par phlébite
hémorroïdaire*

(Routier, *Journal des Praticiens*, juin 1908.)

A la consultation du 1^{er} février, venait une femme âgée de quarante et un ans, d'une maigreur effrayante, d'aspect cachectique, qui se plaignait d'avoir une tumeur à la vulve, tumeur d'où sortait du pus et qui, disait la malade, laissait passer des matières fécales par le vagin.

J'examinai de suite cette malade sur le lit à spéculum. On voyait, en effet, à la place du périnée une grosse tumeur violacée, saillante dans le vagin, bridée par une languette cutanée, dernier vestige du périnée.

Cette tumeur était couverte de sanie purulente et il y avait des matières fécales dans le vagin.

Le moindre contact faisait pousser des cris à cette pauvre femme ; il me fut impossible, vu la douleur, de pratiquer le toucher rectal. Je pus tout juste déplacer un peu cette tumeur et apercevoir le large pertuis qui existait entre le vagin et le rectum.

La première idée qui venait à l'esprit en voyant cette tumeur, c'est qu'il s'agissait d'un cancer ; cependant la consistance de ce gros bourgeon n'était pas celle que donnent habituellement les néoplasmes, si bien que je n'osais pas formuler un diagnostic précis ; il y avait une large fistule recto-vaginale ; par cette fistule faisait saillie, du côté du

vagin, un gros bourgeon, mais quelle était sa nature ? Je ne pouvais la déterminer.

Quoi qu'il en soit, une indication s'imposait : l'examen plus complet de l'état des lésions tel que le permettrait l'anesthésie, puis, suivant le cas l'ablation du gros bourgeon et la fermeture de la fistule.

Je dois ajouter que la malade était très peu nette sur la marche de la maladie ; elle souffrait depuis trois mois, c'est ce qu'elle répondait à toutes nos questions ; il nous fut impossible d'en tirer plus ample information.

15 février. — Après l'avoir bien nettoyée, l'avoir reposée et alimentée, je pratiquai chez elle l'anesthésie par l'injection intra-rachidienne de 5 centigrammes de stova-cocaïne.

Chez elle la méthode nous donna un résultat parfait.

Je pus alors pratiquer le toucher rectal, et, à mon grand étonnement, m'assurer qu'il ne s'agissait pas de productions cancéreuses, mais tout simplement d'un énorme bourrelet hémorroïdaire, dont un lobe, gros comme une belle noix, était procident dans le vagin, à travers une boutonnière qui laissait facilement passer le pouce.

Je traitai d'abord le bourrelet hémorroïdaire par ma méthode habituelle, qui m'a donné toujours d'excellents résultats : je veux dire la ligature à la soie des grappes hémorroïdaires et leur destruction au thermocautère.

Cela fait, et ici j'eus à lier de gros paquets hémorroïdiens, je restai en présence d'une large ouverture à grand diamètre transversal qui faisait communiquer le vagin et le rectum.

J'avivai cette boutonnière au bistouri et je la suturai par

4 points séparés au crin de Florence, ayant soin de ne prendre dans l'anse que la muqueuse vaginale.

Les suites furent des plus simples et, le 28 février, la malade sort parfaitement guérie. Cependant, le 12 mars, elle fut revue avec une toute petite fistule purulente, qui siégeait à l'angle gauche de la suture, et que j'ai opérée comme une vulgaire fistule à l'anus; c'était, si vous le voulez, dans le cas particulier, une fistule ano-vulvaire; je l'ai débridée, dis-je, au thermocautère, et cette fois, elle est vraiment tout à fait guérie.

OBSERVATION IV

(Monatschrift für Geburtskunde und Frauenkrankheiten.

Berlin, 1858, p. 368-371, n° 90.787.)

Abcès de la cloison recto-vaginale par phlébite hémorroïdaire. — Fistule recto-vaginale.

G... F..., quarante-trois ans, a eu un enfant il y a vingt ans. Auparavant ses règles étaient régulières, mais depuis quelque temps la malade est menstruée tantôt tous les quinze jours, tantôt toutes les six ou huit semaines. Depuis plusieurs années, elle souffre d'hémorragies, accompagnées soit de constipation opiniâtre, soit de diarrhée muco-sanguinolente. Souvent elle a des bouffées de chaleur, un léger mouvement fébrile, de la dépression psychique, des maux de tête et de la pesanteur dans le bas-ventre. Autour de l'anus apparurent plusieurs noyaux hémorroïdaires de la grosseur d'un pois et de la coloration bleu rouge. Tantôt ils disparaissaient,

tantôt ils reparaissaient, très turgescents. Dès les premiers jours du mois de juillet 1857, les noyaux hémorroïdaires se gonflèrent davantage ; le pourtour de l'anus était rouge et sensible ; la malade se plaignait d'une pesanteur fatigante, « comme si la matrice voulait tomber », disait-elle. Le pouls était rapide, la température de la peau augmentée. De temps en temps, elle évacuait des fèces jaunes et muqueuses. J'ordonnai des lavements froids et des compresses froides sur la région anale. Néanmoins, la pesanteur du périnée augmentait, et en introduisant un doigt dans le rectum, je sentais la paroi postérieure du vagin déplacée en arrière et surtout très douloureuse. L'utérus, de grosseur normale, était peu déplacé, peut-être était-il quelque peu profond. Par le toucher bi-digital, pratiqué dans le vagin et le rectum, je pouvais sentir avec précision que la paroi postérieure vaginale s'était éloignée de la paroi antérieure du rectum de plusieurs centimètres. Entre les deux se trouvait une collection, paraissant être une collection liquide vraisemblablement ; en tout cas, elle n'était pas fluctuante. Un gonflement œdémateux du vagin et du rectum ne permettait pas une sensation fine et délicate. Il n'y avait aucune nécessité pressante m'obligeant à ouvrir cette collection, aussi me bornai-je à ordonner des cataplasmes chauds et des suppositoires à la morphine.

Dans la nuit du 15 au 16 juillet, six à huit jours environ après le début de la souffrance aiguë, une assez grande quantité de pus fétide, mélangé à des matières fécales s'écoula par le vagin, ce qui fit diminuer les douleurs lancinantes et persistantes dans la région périnéale. Lorsque, le 16 juillet, de bonne heure, j'examinai la malade, je trouvai environ à

2 centimètres de l'entrée du vagin la paroi postérieure délabrée sur une longueur de 1 centimètre, et à travers cette fistule je pus introduire mon petit doigt. Je fus conduit dans une vaste poche, en partie remplie de pus dans laquelle je pus facilement remuer mon doigt.

La paroi rectale antérieure paraissait intacte. Comme limite supérieure, je croyais sentir la réflexion inférieure du péritoine. Mais, dès le jour suivant, la malade me racontait que les gaz aussi bien que les petites fèces passaient par le vagin. Pour vérifier j'injectai dans le rectum un liquide coloré en jaune, qui s'écoula immédiatement en partie à travers le vagin. Malgré tout, je ne pus ce jour-là ni avec le doigt, ni avec le cathéter, ni avec une sonde mettre en évidence la communication entre le rectum et le vagin.

Il était impossible de douter de l'existence d'une fistule recto-vaginale. D'ailleurs, quelques jours après, je réussis à trouver l'ouverture dans le rectum, située plus haut que celle du vagin et perméable à un cathéter féminin. J'ordonnai comme traitement des injections phéniquées pour le nettoyer, des pilules d'opium pour constiper, et des suppositoires de morphine et de belladone pour atténuer les douleurs pourtant moins vives depuis que s'était établi par le vagin un écoulement de pus, mélangé à du tissu conjonctif nécrosé et à des fèces. Quelques jours après, le vagin et les parties extra-génitales se séchèrent. La fistule vaginale diminua à tel point que, dès le 25 juillet, il m'était impossible d'y faire pénétrer l'extrémité de mon petit doigt.

A ce moment, je cessai les cathétérismes fréquents, pour ne pas interrompre le processus de guérison commençant. Mais, chaque fois que j'examinais la fistule vaginale, je trou-

vais une rétraction progressive, et je supposai qu'elle se comportait de même du côté du rectum.

Dans la première semaine d'août, je cautérisai avec la pointe d'une pierre infernale que j'essayai de pousser jusque dans le rectum ; je cautérisai tous les trois ou quatre jours les ouvertures de la fistule, et chaque fois j'en observai une diminution momentanée, puis un agrandissement, et enfin une rétraction très appréciable. Le 20 août, la fistule vaginale était complètement fermée. Ni les fèces, ni les gaz ne traversaient plus le vagin. La fistule s'était transformée en une cicatrice étoilée. Le vagin et le rectum s'étaient de nouveau rapprochés, et, sans aucun doute, la fistule dans le rectum s'était obturée. En dehors de douleurs momentanées dans la région de l'anus et des pesanteurs hémorroïdales déjà signalées, la femme J. E..., se trouve dans un parfait état.

Discussion. — En ce qui concerne l'apparition de la maladie, il est pour moi vraisemblable que sous l'influence des congestions répétées dans les vaisseaux hémorroïdaux, qui se montrèrent sous forme d'hémorragies du rectum, il s'est formé une inflammation phlegmoneuse du tissu conjonctif situé entre le rectum et le vagin. A la suite de cette inflammation il y eut suppuration, et, par infiltration des tissus environnants, rupture de la paroi recto-vaginale.

OBSERVATION V

(Thèse de Sauri, 1868, n° 127, page 53, recueillie et communiquée par M. Malassez, interne des Hôpitaux.)

Abcès de la cloison recto-vaginale dû à un rétrécissement du rectum. — Fistule recto-vaginale.

C'est une femme, M. C..., blanchisseuse, âgée de vingt-deux-ans, entrée le 26 décembre à Lourcine, dans le service de M. Péan. Les parents ont toujours joui d'une bonne santé; elle-même n'a fait de maladie (outre sa syphilis) qu'une fièvre typhoïde à l'âge de sept ans et une éruption de furoncles à l'époque de sa menstruation. Elle a été réglée à l'âge de douze ans, toujours régulièrement, et n'a jamais eu de pertes blanches.

A seize ans et demi, elle entra à l'hôpital Saint-Louis pour un chancre induré de la fourchette et des chancres mous. Au bout d'un mois elle sortit, conservant un écoulement anal dû à un chancre mou, mais elle ne souffrait pas pour aller à la selle.

Trois ans et demi après, il y a de cela deux ans, il lui survint un abcès dans la cloison recto-vaginale, au niveau de son ancien chancre induré. Elle était alors fille soumise et avait supporté chaque jour de nombreux rapprochements sexuels.

L'abcès s'ouvrit dans le rectum d'abord, puis dans le vagin; les ouvertures restèrent fistuleuses, et c'est de là que date sa

fistule recto-vaginale. A cette époque, elle perdait toujours par le rectum, mais elle ne souffrait pas encore. L'année suivante, les selles devinrent très pénibles : les matières étaient déformées et l'écoulement rectal augmenté.

Dans ces derniers mois enfin, elle a été sujette à des constipations opiniâtres auxquelles succèdent des débâcles qui sont extrêmement douloureuses et amènent des pertes de sang ; elle est amaigrie et affaiblie.

1^{er} octobre 1867. — Elle entra à Lourcine pour son rétrécissement et sa fistule recto-vaginale ; on la traita par la dilatation. Elle sortit peu améliorée le 14 décembre, mais ayant négligé de s'introduire des sondes, elle rentra le 26 décembre, plus malade que jamais. Le jour d'entrée, voici ce que révélait l'examen rectal. Au toucher, à 3 centimètres au-dessus de l'anus, le doigt rencontra une espèce de diaphragme irrégulier, peu résistant, et percé à son centre d'un orifice de forme très irrégulière. Si l'on veut pénétrer dans cet orifice, on détermine de très vives douleurs et on éprouve de grandes résistances. Cependant on arriva dans un canal très irrégulier qui semblait se rétrécir de plus en plus ; enfin, à 1 cm. 1/2 l'extrémité du doigt arriva dans une partie plus dilatée, à surface lisse.

27 février. — M. Péan exécuta l'extirpation du rétrécissement. La malade sort de l'hôpital sans être complètement guérie.

OBSERVATION VI

(Thèse Perret, 1855, n° 321, p. 77.)

*Abcès de la cloison recto-vaginale dû à un rétrécissement
du rectum.*

Marie X..., âgée de vingt-sept ans, mariée, entre le 14 juin 1895 au n° 16 de la salle Sainte-Marie. Elle a été réglée à quinze ans : sa santé est excellente. Il y a quatre ans son mari eut un bouton à la verge et un bubon suppuré. A la même époque, cette femme eut, dit-elle, un bouton à la vulve : plus tard elle eut à la vulve d'autres boutons, qui, d'après la description qu'en donne la malade, paraissent ressembler à des plaques muqueuses : en même temps, éruption cutanée, chute de cheveux, mais pas mal de gorge. Cette seconde série d'accidents n'a paru qu'il y a un an, et elle se serait fait longtemps attendre ; aussi ce qui a eu lieu il y a quatre ans ne paraît pas en être la véritable cause. Toutefois, depuis l'apparition des plaques muqueuses, douleurs nocturnes dans les bras et dans les jambes ; céphalalgies violentes revenant par accès. Traitements nombreux et suivis irrégulièrement.

État actuel. — Érosion étendue des lèvres du col utérin, qui sont indurées : la lèvre antérieure, au-dessus de l'érosion, présente un aspect corné, blanc, transparent, sous forme de bande transversale sans élévation ni saillie. La paroi postérieure du vagin, à 2 millimètres au-dessous de l'insertion du col, présente une bride fibreuse transversale, parfaitement sensible au toucher : au-dessous, et à 1 centimètre environ

de la première, on sent une autre bride plus fortement accusée. Il y a un peu de catarrhe transparent. Vers la face interne et à la base de la petite lèvre gauche, à l'entrée du vagin, au-devant d'une caroncule volumineuse, existe une ulcération inégale, à teinte blafarde, superficielle, et continuellement baignée par un liquide séro-purulent, sans odeur caractéristique ; il existe dans cet endroit un petit pertuis, dans lequel s'engage un stylet qu'on ne peut suivre dans toute sa longueur. Ce trajet fistuleux et les brides dont nous avons parlé existe depuis trois ans. A cette époque il y eut une tumeur au périnée et à la vulve qui fit beaucoup souffrir la malade et sur laquelle on appliqua des sangsues ; la tumeur s'ouvrit d'elle-même, et laissa couler du pus en abondance par le périnée, la vulve et le rectum. La fistule périnéale se ferma après quelques cautérisations, mais l'écoulement rectal et vaginal continua.

Au bout d'un certain temps, l'écoulement vaginal disparut à son tour, mais le rectum continua de sécréter du muco-pus en abondance ; c'est à partir de cette époque que la constipation s'est montrée très rebelle. Pendant longtemps, la malade fut tourmentée par des besoins illusoires d'aller à la selle ; elle rendait une matière glaireuse, filante, transparente et légèrement brune ; peu à peu, l'écoulement anal changea de nature et devint incolore, de sorte qu'aujourd'hui il est comparable à du blanc d'œuf.

En même temps, douleurs sourdes ou plutôt sentiment de pesanteur dans la région sacrée ; depuis quelques mois, ce sentiment de pesanteur a disparu, et la malade s'administre fréquemment des lavements pour aller à la selle.

Le doigt introduit dans le rectum se trouve arrêté à

4 cm. 1/2 de l'anus, par un point rétréci, sous forme d'anneau froncé, admettant tout au plus l'extrémité du doigt ; la défécation s'opère cependant, mais, dit le malade, en y mettant le temps. La santé n'est nullement altérée, toutes les fonctions s'exécutent bien.

La malade prend chaque jour 2 grammes d'iodure de potassium.

2 juillet. — M. Cullerier débride à droite et à gauche, et l'on introduit des mèches de plus en plus grosses.

15 juillet. — Le doigt entre facilement sans occasionner de douleurs bien grandes.

La malade sort dans les premiers jours d'août, conservant son rétrécissement, mais allant facilement à la selle.

OBSERVATION VII

(Thèse de Lapointe, 1897-1898, n° 29, p. 85, publiée par Gløser dans *Arch. für Klinische Chirurgie*, 1867, t. IX).

Abcès de la cloison recto-vaginale par rétrécissement du rectum.

Femme de vingt-huit ans, qui vient consulter Gløser en 1864, et se plaint surtout de perdre ses matières par le vagin et, accessoirement, de constipation avec défécation douloureuse. Fausse couche à dix-huit ans. *N'avoue ni syphilis ni pédérastie.*

Début il y a six ans ; il se forme à cette époque un abcès dans la cloison recto-vaginale, et c'est un an après qu'elle s'aperçoit du passage des matières dans le vagin. L'orifice

anal est entouré de condylomes ulcérés. Un rétrécissement formant une saillie plus marquée en avant qu'en arrière commence à 2 pouces de l'anus, et laisse facilement passer l'index. Le toucher vaginal conduit dans une perte de substance de la paroi postérieure du vagin. Glæser décide l'extirpation.

Le trente-huitième jour après l'opération, on constate par le toucher, à 12 centimètres au-dessus de l'orifice anal, une sténose annulaire faisant forte saillie et haute de quelques lignes; on l'atteint avec peine quand le prolapsus est réduit; dans le cas contraire, le doigt la franchit aisément, l'écoulement anal et le prolapsus gênent beaucoup la malade.

Pendant neuf mois, dilatation de ce rétrécissement élevé mais la défécation reste douloureuse. Cependant l'état général est redevenu satisfaisant et la malade peut rentrer chez elle. Le prolapsus disparaît en raison de la rétraction cicatricielle post-opératoire, au niveau de l'orifice anal. La fistule est bien fermée.

25 mai 1886. — Accident d'obstruction; le canal cicatriciel est si étroit qu'il admet à peine la pointe du doigt.

28 mai. — Anus iliaque par la méthode de Littre. Après quelques accidents inflammatoires du côté de la plaie, l'état général s'améliore rapidement. Les matières ne sortent qu'une fois par jour par l'anus artificiel.

Juin 1887. — Un an après l'opération, l'appétit est excellent, la malade est grosse et colorée et se livre aux travaux de son ménage.

OBSERVATION VIII

(E. Montgomery, *Centralblatt für Gynækologie*
n° 43, p. 855, n° 90652.)

*Abcès de la cloison recto-vaginale
par rétrécissement du rectum.*

Cette observation a été résumée et discutée par un auteur allemand X... Voici ce qu'il dit :

« Dans les cas semblables à celui rapporté par Montgomery, par suite de la réunion des fèces dures, il se forme une inflammation de voisinage, puis viennent des abcès, et enfin une perforation de la cloison recto vaginale... »

OBSERVATION IX

(Thèse Carré Henri, 1892-1893, n° 118, p. 126.)

*Abcès de la cloison recto-vaginale à la suite d'extirpation
d'un rétrécissement du rectum.*

La nommée G... Léonie entre à l'Hôtel-Dieu, salle Notre-Dame, pour une fistule à l'anus, pour laquelle elle avait été opérée sans succès l'année précédente.

La malade robuste, vigoureuse, est âgée de vingt-sept ans. Elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents ; n'aurait jamais eu la syphilis. L'examen le plus attentif ne permet pas d'en découvrir le moindre vestige.

Il y a deux ans qu'elle souffre de la région anale ; elle accuse nettement, dès le début, des symptômes de rectite : ténésme rectal, douleurs, écoulement glaireux, etc.

Ce n'est que quelques années après son mariage que tous les accidents apparurent, son mari l'ayant contrainte aux pratiques de la pédérastie. C'est même à la suite de ces accidents qu'elle aurait obtenu son divorce.

Bientôt survinrent des accidents inflammatoires, des abcès qui perforèrent la peau, mais restèrent fistuleux. Elle fut opérée, par l'incision et le grattage, dans l'un des services de chirurgie de l'Hôtel-Dieu.

C'est pour la continuation de ces accidents inflammatoires qu'elle revient aujourd'hui.

La région anale est tuméfiée, de couleur rouge, bronzée ; elle est infiltrée, dure, et présente deux trajets fistuleux sécrétant un pus épais et jaunâtre. A la simple inspection, il est évident qu'il ne s'agit pas d'une fistule simple. Le toucher rectal nous montre un rétrécissement ano-rectal, de forme cylindro-conique, à base inférieure, à sommet supérieur, à parois régulières mais rigides. Le sommet, qui est le point le plus rétréci, présente la forme d'un orifice circulaire n'admettant pas l'extrémité du doigt.

L'examen est très douloureux. La défécation, quoique pénible, se fait régulièrement, grâce aux laxatifs que prend régulièrement la malade.

M. Ricard se décide à pratiquer, le 10 décembre 1891 l'extirpation du rétrécissement. L'examen de la pièce montre bien que toutes les parties rétrécies et malades ont été enlevées.

La muqueuse rectale saisie est alors facilement abaissée. Les fistules et les clapiers péri-rectaux sont désinfectés aussi

soigneusement que possible, et l'on pratique la suture de la muqueuse rectale au bord de la plaie cutanée. L'incision postérieure, qui a donné une grande facilité opératoire est réunie.

18 décembre. — On retire les fils, la suture tient partout. On constate, toutefois, à la partie antérieure du rectum, dans l'épaisseur du rectum, un point dur et douloureux.

19 décembre. — Selle régulière et moulée. La malade souffre ; il existe un peu d'empâtement du côté du périnée.

20 décembre. — Issue d'une petite quantité de pus, fusant par la partie antérieure de la suture.

22 décembre. — La malade se plaint d'avoir senti quelque chose du côté du vagin. Le doigt, introduit dans la cavité vaginale, sent, en effet, près du plancher périnéal, une tuméfaction fluctuante due à un abcès de la cloison recto-vaginale. Incision et drainage.

OBSERVATION X

(Thèse de Fouvielle, 1898, n° 106, p. 101.)

Abcès de la cloison recto-vaginale secondaire à une hématocele suppurée.

A., trente-huit ans, entrée à la maison Dubois le 21 janvier 1896, appartient à une famille de lithiasiques biliaires. Cette femme a été réglée vers douze ans et demi, régulièrement, sans douleurs accompagnant les règles. Pas de leucorrhée ; la santé a toujours été excellente jusqu'à il y a sept ou

huit ans, époque à laquelle la malade a présenté des pertes abondantes ; les règles durent huit jours et ne sont toujours pas douloureuses.

La constipation est habituelle. Il y a deux ans, hémorragie utérine subite, qui a inondé tout le lit ; depuis six mois, le ventre augmente avec sensation de pesanteur.

Dans ces derniers temps, les douleurs abdominales ont augmenté et s'irradient dans les reins ; depuis le 2 janvier, elles sont incessantes, et la malade a des nausées, des frissons et de la fièvre.

Examen à l'entrée. — La paroi abdominale est grasse, épaisse, on perçoit néanmoins une tumeur volumineuse, qui remonte au niveau de l'ombilic et occupe surtout le côté droit. Par le toucher, on sent une tumeur dure, du volume d'une tête de fœtus, mobile, avec la tumeur supérieure qu'à révélée le palper ; pour arriver au col utérin, on est obligé de porter le doigt perpendiculairement au plan du lit ; il est derrière la symphyse pubienne, tout à fait en haut et ne peut être aperçu au spéculum.

Le toucher rectal dénote la présence d'une tumeur lisse, arrondie.

En résumé : l'utérus est aplati contre la symphyse, la tumeur semble avoir deux lobes, dont l'inférieur, en lame, a dédoublé la cloison recto-vaginale, et est senti dur par le toucher rectal.

Le deuxième lobe, enclavé dans le petit bassin, paraît difficile à mobiliser et remonte en haut jusqu'au-dessous de l'ombilic. La vessie est collée contre la symphyse. Diagnostic : fibrome utérin sous-péritonéal.

La malade présente le 23 janvier 38°4 de température ; on

la prépare à une opération, bains, lavages vaginaux, régime lacté et antiseptie intestinale.

Opération le 28 janvier 1896. — Incision exploratrice du cul-de-sac postérieur du vagin, à mi-chemin entre le col et l'extrémité inférieure du vagin.

On tombe sur une masse indurée, consistante ; on arrive avec le doigt au premier foyer contenant du pus louable et des caillots, puis une deuxième et troisième poches contenant un liquide sanguino-purulent, en allant de plus en plus profondément.

La tumeur abdominale s'abaisse au fur et à mesure qu'on ouvre les différents foyers. Tamponnement et pansement.

Suites opératoires bonnes. La malade quitte la maison de santé, à la fin de février, guérie.

OBSERVATION XI (Inédite)

(Due à l'obligeance du Dr Dupont, chef de clinique
à la Faculté, service du professeur Delbet.)

Abcès multiples de la cloison recto-vaginale à la suite d'infection tubaire.

X..., âgée de cinquante ans, entre à l'hôpital Laënnec pour des douleurs abdominales. Ces douleurs sont accompagnées de vomissements bilieux ; elles surviennent par crise et sont calmées par la glace.

La palpation de l'abdomen renseigne peu à cause de la défense musculaire,

Au toucher. — L'utérus est gros, le col est entr'ouvert.

Cathétérisme : 7 centimètres. On perçoit une grosse masse molle rétro-utérine, masse indépendante de l'utérus.

De plus, la cloison recto-vaginale est œdématiée et très douloureuse au toucher. Le toucher rectal permet aussi de sentir un œdème considérable. Le rectum est sec.

Les signes d'occlusion intestinale s'établissent et un anus cæcal est pratiqué d'urgence. On fait aussi une colpotomie qui donne issue à un peu de liquide sanieux.

La malade ne se remonte pas, l'anus ne fonctionne pas.

Mort, deux jours après l'opération, avec des signes d'occlusion.

Autopsie. — Pas de péritonite. On enlève les organes en ne laissant que le cæcum et la terminaison du côlon descendant de façon à bien se rendre compte des lésions du petit bassin (à noter un côlon transverse en V dont la pointe adhérerait à l'anse A).

L'anus cæcal est parfait. L'appendice est sous-cæcal. Sa pointe plonge dans le bassin. En détachant l'organe on ouvre un abcès, mais l'appendice est sain et n'a pas été touché par le processus infectieux.

On relève l'anse A qui adhère aux organes du petit bassin ; on enlève ensuite les annexes. Ces droites sont adhérentes mais sans augmentation de volume ni infection. Les annexes gauches sont prolabées derrière l'utérus. L'ovaire est plein de pus. La trompe est augmentée de volume et pleine de pus.

La cloison recto-vaginale est distendue par une substance gélatiniforme parsemée de petits abcès. — Le méso-rectum présente le même aspect. La colpotomie ne remontait

pas jusqu'au péritoine pelvien : seule la cloison recto-vaginale était ouverte.

OBSERVATION XII

(Thèse Robert, 1899-1900, n° 94.)

Abcès de la cloison recto-vaginale par kyste suppuré.

La nommée Irma C..., âgée de dix-neuf ans, journalière, entrée le 10 octobre 1899 dans le service du Dr A. Décès. Cette jeune fille, accouchée il y a trois mois, a senti au début de sa grossesse se développer dans le vagin une petite tumeur. Cette tumeur a toujours augmenté de volume et elle a atteint son maximum au moment de l'accouchement, qu'elle n'a du reste gêné en aucune façon.

En examinant la malade, on constate, entre les grandes lèvres, une tumeur ayant à peu près le volume d'un petit œuf de poule. Par le toucher vaginal, on remarque que cette tumeur est formée aux dépens de la paroi postérieure. Par le toucher rectal, on ne constate ni hernie, ni diverticulum ; du reste, en faisant tousser la malade, on n'éprouve au niveau de la tumeur aucune impulsion herniaire. A la percussion, matité très nette. Tumeur indolore et fluctuante.

En combinant le toucher rectal et le toucher vaginal, on sent à environ 7 à 8 centimètres de chaque orifice un cordon constituant le pédicule du kyste.

Par ponction aspiratrice, on retira 5 grammes de liquide transparent.

Huit jours plus tard nouvelle ponction qui retira 60 gr. de liquide purulent.

1^{er} décembre. — La malade est opérée. Le kyste est facilement énuclée avec le doigt.

Quinze jours après l'opération, la malade est guérie.

OBSERVATION XIII

(Jobert et Lamballe, *Traité sur les fistules*,
obs. XXX, p. 270.)

Abcès de la cloison recto-vaginale par blessure au cours d'un accouchement laborieux. — Fistule recto-vaginale. — Guérison spontanée.

M^{me} B..., âgée de vingt-neuf ans, déjà mère de deux enfants, accoucha au mois de février 1829 d'un enfant fort et dont la tête était très grosse. L'accouchement fut heureux et naturel ; mais quelques jours après, on s'aperçut de l'existence d'un abcès dans la cloison recto-vaginale, vers l'ouverture du vagin. Cet abcès s'ouvrit naturellement du côté de ce canal et donna issue à un pus de bonne qualité.

On agrandit cette ouverture pour favoriser la sortie du pus, et M. Huart, mon confrère, qui avait soigné la malade jusqu'à ce moment, m'appela en consultation avec M. Saint-Lambert.

Nous nous aperçûmes tous que la portion de la membrane muqueuse du rectum, qui fermait la paroi postérieure de l'abcès, était dans un état de mortification. Bientôt elle fut entraînée par la suppuration, et il en résulta une communi-

cation entre le vagin et le rectum. On crut pouvoir obtenir l'oblitération de cette ouverture, en empêchant qu'elle ne servît de passage aux matières stercorales et aux mucosités vaginales, par le moyen d'une mèche introduite dans l'anus, à l'aide d'une sonde et d'un tampon de charpie placé dans le vagin. Mais, nonobstant l'emploi de ce moyen, les vents passaient par le canal, à moins qu'on ne donnât une forte dimension au tampon, ce qui alors agrandissait la plaie et faisait souffrir la malade. On renonça à l'emploi de ces moyens et on se contenta de placer dans l'anus un petit tuyau de bois de deux lignes de diamètre, pour donner aux vents une issue continue.

Il produisit l'effet qu'on désirait : les vents et le pus ne sortaient plus que par ce conduit ; et cependant trois semaines après l'établissement de la fistule, celle-ci avait augmenté au lieu d'avoir diminué en étendue, ayant alors 10 à 12 lignes d'ouverture en longueur, du côté du vagin, et 3 à 4 pouces du côté du rectum, se terminant par une espèce de cul-de-sac dans le tissu cellulaire, formant la cloison recto vaginale, et s'étendant jusqu'au sphincter qui était intact.

Nous consultâmes alors de célèbres chirurgiens de Paris ; ils témoignèrent avoir peu d'espoir de la guérison, conseillèrent des soins de propreté et peu d'autres moyens. Nous nous bornâmes donc à prescrire le repos sur le côté et des lotions émollientes fréquentes. Le repos ne fut pas continué aussi longtemps que nous l'aurions désiré. Cependant le mal avait déjà diminué beaucoup pendant le temps où la malade s'était décidée à rester couchée.

Depuis, l'amélioration a continué, et maintenant la fistule est parfaitement guérie depuis longtemps.

OBSERVATION XIV

(Thèse Serres, 1867, n° 274, p. 35.)

*Abcès de la cloison recto-vaginale produit
par un accouchement laborieux.*

Catherine R., âgée de vingt-sept ans, mariée à l'âge de vingt-deux ans, accoucha dix mois après d'un premier enfant.

Elle redevint enceinte l'année suivante et accoucha prématurément, à six mois de grossesse, d'un enfant qui ne survécut que quelques heures.

Elle crut avoir été blessé par la sage-femme, mais ce n'est que longtemps après avoir quitté le lit qu'elle s'aperçut que les matières passaient par le vagin.

Lors de l'examen, M. Coote trouva une fistule oblique située dans une espèce de cavité creusée dans l'épaisseur de la paroi recto-vaginale.

Quelques manœuvres étaient nécessaires pour pénétrer du vagin dans le rectum. M. Coote conclut que la fistule était consécutive à un abcès de la cloison recto-vaginale.

10 septembre 1864. — Ce chirurgien pratiqua l'opération d'après le procédé américain ; la malade fut chloroformée et placée dans la position de la taille. Un spéculum de Sims fut introduit dans le vagin, et on pratiqua l'avivement, aux dépens de la muqueuse vaginale, sans toucher à la muqueuse rectale. Du mois de septembre au mois de décembre, cette opération fut renouvelée deux fois ; il restait encore après la dernière opération une petite fistule qui disparut au bout de

trois mois sous l'influence de trois cautérisations avec le cautère actuel.

OBSERVATION XV

(Boehm, *Archives générales de Médecine*, 1836,
t. XII, p. 242.)

*Abcès de la cloison recto-vaginale d'origine
typhique probable.*

Il s'agit d'une femme, âgée de vingt-six ans, réglée régulièrement jusqu'à l'âge de vingt et un ans. A cette époque, elle eut une fièvre typhoïde. Elle guérit au bout d'un mois.

Cette femme, s'étant levée un moment, au cours de la maladie, expulsa par le vagin une grande quantité de pus fétide avec un lambeau de membrane sphacélée, de 6 pouces de long et d'une largeur de 3 pouces. La mère considérant ce corps comme le résultat d'une grossesse clandestine le cacha. Quand la malade fut rétablie, la menstruation ne parut plus et comme elle souffrait chaque mois de douleurs intenses dans le bas-ventre et la région lombaire, on consulta une sage-femme qui, après l'avoir examinée, reconnut une complète oblitération du vagin. Un médecin appelé conseilla à la malade de se soumettre à une opération mais elle s'y refusa. Après quatre années de souffrances continues et qui augmentaient toujours, la malade voyant se former une tuméfaction dure au-dessus du pénil se décida à l'intervention.

Boehm, après avoir examiné la femme trouva que l'utérus formait une tumeur qui dépassait de 4 travers de doigt la

symphyse pubienne. Les organes génitaux externes étaient normaux ; dans le vagin, le doigt rencontrait une membrane résistante, ressemblant à une cicatrice et derrière celle-ci un corps dur. Par le toucher rectal, on pouvait de même constater un corps dur du volume du poing.

Incision de la bride cicatricielle, irrigations, mèche dans le vagin. Au bout de quatre mois guérison complète.

OBSERVATION XVI

(Bodenstein, *Monatschrift für Gynäkologie und Frauenkrankheiten*. Berlin, p. 613, n° 90.787.)

Abcès de la cloison recto-vaginale d'origine colibacillaire probable.

Il s'agit d'une femme âgée de trente et un ans. Fausse couche il y a peu de temps. Salpingo-ovarite consécutive, traitée par des moyens résolutifs.

Quatorze jours après, la patiente allait beaucoup mieux, lorsque les douleurs reparurent dans le bas-ventre avec irradiations à la cuisse gauche. A l'examen local, on trouva une réduction remarquable de la tumeur annexielle, et à 3 centimètres de l'entrée du vagin, à gauche, une tuméfaction limitée, du volume d'un œuf, douloureuse à la pression et sur laquelle la muqueuse vaginale pouvait facilement glisser. Par contre, il y avait des adhérences au niveau du rectum, et, en effet, la défécation était douloureuse. La malade avait de la fièvre. On fait le diagnostic d'abcès de la cloison recto-vaginale, probablement causé par une infection

d'origine intestinale. Une incision pratiquée le huitième jour fit sortir une grande quantité de pus fétide. En explorant la plaie avec le doigt, on trouva un sac des dimensions d'un œuf, et entre le vagin et le rectum, une autre petite cavité arrivant jusque sur les parois de l'intestin. Celle-ci conduisait à une troisième cavité, deux fois plus grande que la première, en communication avec le péritoine. Drainage à la gaze iodoformée. Guérison peu de jours après.

OBSERVATION XVII

(Magnin, *Journal de Médecine et de Chirurgie pratiques.*

Académie de Médecine, n° 91190, p. 119.)

Abcès de la cloison recto-vaginale avec rétention d'urine.

En octobre 1872 je suis appelé près d'une jeune fille d'une vingtaine d'années, d'une excellente santé habituelle, ayant eu un enfant à terme, il y a quinze mois, d'ordinaire bien réglée, me dit-elle, et présentant les symptômes suivants :

Violente douleur au fondement pendant vingt-quatre heures. Je ne trouve qu'un bourrelet hémorroïdal peu prononcé. Urines normales. Je prescris des suppositoires belladonnés, des lavements d'eau fraîche, et huile de ricin.

Le jour suivant, même état, aucune amélioration. Je pense à une cystite du col avec ténesme rectal et je prescris cataplasmes et lavements laudanisés. Le soir, je reconnais par la palpation une vessie distendue par l'urine. Je pratique le cathétérisme, et je donne issue à 3 litres d'une urine très claire, sans odeur ni dépôt. Les douleurs du ventre per-

sistent, le ténésme rectal ne diminue pas; la malade est obligée de se présenter sur le vase toutes les heures et rend une quantité de mucus glaireux avec des lambeaux de muqueuse blanchâtre sans odeur, sans trace de sang. La malade interrogée prétend n'avoir fait aucun écart de régime et il ne règne aucune épidémie de dysenterie dans le pays.

Le lendemain, trois jours après le début des accidents, pas d'appétit, mais langue bonne; poulx à 70 degrés, régulier, anxiété, insomnie absolue. C'est alors que je parvins à éloigner la famille, et après avoir demandé à ma malade si elle n'avait pas avalé quelques drogues, elle me dit avoir pris pour 50 centimes d'absinthe, puis 1 litre de décoction de sabine qu'on lui avait donné pour faire revenir ses époques, qui n'avaient pas paru depuis cinq à six mois.

Je touche la malade d'abord par le vagin, et je constate sur la face postérieure et inférieure une tumeur globuleuse du volume d'une petite pomme, qui ne peut être que la face antérieure du rectum boursoufflée et tendue, faisant saillie dans le vagin. Je me rends enfin compte des douleurs atroces dans cette région, du ténésme.

Cataplasmes, sachets de lin dans le vagin, opiacés à l'intérieur, bains de siège. Cathétérisme toutes les fois nécessaire. Le lendemain, au toucher, je sens manifestement la saillie précédemment observée dans le vagin. La malade refuse de laisser ouvrir cette tumeur.

Le jour suivant elle m'apprend qu'en se levant elle a senti quelque chose percer et qu'elle a rendu par le vagin et par le rectum une grande quantité de pus; depuis, elle a pu uriner seule, les douleurs ont disparu et, au toucher, je ne

sens plus la saillie manifeste constatée les jours précédents dans le vagin.

Dix jours après elle était complètement guérie.

OBSERVATION XVIII

*(Transactions of the pathological society of London,
(1867-1868, p. 298, n° 90.561.)*

*Gros abcès de la cloison recto-vaginale n'occasionnant
aucune complication au moment de l'accouchement.*

M^{me} X... accoucha pour la cinquième fois en mai 1868. Le travail fut long et dura trente heures.

Antécédents bons. Jusqu'au cinquième jour, la malade alla bien, mais le soir de ce jour elle ressentit une douleur dans tout l'abdomen. Cette douleur était exaspérée par la pression. Survinrent bientôt des vomissements, de l'angoisse, une langue sèche et un pouls incomptable. Par de l'opium, du calomel, des cataplasmes ces symptômes s'amendèrent. Cet état dura cinq jours. La malade avait des alternatives de douleurs violentes et d'accalmies passagères. La montée de lait s'arrêta, l'écoulement des lochies cessa petit à petit. Dix jours après l'accouchement, la malade eut des douleurs très vives et mourut quatre heures après.

A l'autopsie, on découvrit une péritonite généralisée, conséquence probable de l'infection de l'utérus, et en plus se trouvait entre le vagin et le rectum un gros abcès contenant 5 onces de pus. Rien dans le rectum ne pouvait expliquer l'origine de cet abcès. Du reste la malade ne s'était jamais

plainte d'aucune douleur ou de la moindre gêne de cet abcès avant, pendant ou après l'accouchement.

OBSERVATION XIX

(Thèse de Serres, 1867, p. 38, obs. IX, publiée par
Rhea Barton, in *The American Journal*, août 1840, p. 305.)

Abcès de la cloison recto-vaginale d'origine idiopathique.

Miss R., de Virginie, âgée de vingt-deux ans, après un voyage à Philadelphie, en juin 1835, éprouva tous les symptômes d'un abcès aigu de la cloison recto-vaginale. Cet abcès s'ouvrit et laissa écouler une quantité abondante de matière ; l'ouverture devint fistuleuse et resta ainsi pendant quatre ans, malgré un double traitement général et local, consistant en injections, tentes, sétons, caustiques, incisions et excisions. Elle vint à Philadelphie pour se faire traiter en mars 1839 et fut confiée à mes soins.

La fistule commençait à peu près à 3 quarts de pouce de la lèvre du côté droit, suivant un trajet très irrégulier vers le bassin, et pénétrait dans le rectum, à peu près vers 3 ou 4 pouces de l'orifice du vagin.

A travers le sinus, il s'écoulait des matières en suffisante quantité pour mouiller continuellement les parties génitales. Les gaz s'échappaient également par cette voie.

La découverte de la nature réelle et de l'étendue de ce sinus passant ainsi d'une cavité à l'autre, et établissant entre elles une communication, offrait un cas difficile pour le mode de traitement.

Une tente fut introduite pendant quelques jours pour dilater le sinus et rendre son cours moins tortueux. Un séton fut ensuite introduit avec une sonde dans ce sinus, par le vagin, traversa toute la fistule, pénétra dans le rectum, et fut ensuite ramené par l'anus.

Au bout de quelques jours, la guérison fut complète.

OBSERVATION XX

(Thèse de Johannes Weniger. Berlin, 1887, p. 38.)

Abcès de la cloison recto-vaginale par plaie directe

Ernestine S..., cinquante-cinq ans, admise à l'hôpital le 24 novembre 1886.

Antécédents. — Rien dans son enfance ; a toujours été bien réglée depuis l'âge de quatorze ans. Quatre accouchements, pas d'avortement ; disparition des menstrues à quarante et un ans.

Depuis quatre mois, la malade a remarqué dans le vagin un abcès de la grosseur d'une petite noix. Quatorze jours après l'apparition, il s'est écoulé de cet abcès du pus mélangé à du sang.

En août 1886, la malade s'était fait une petite blessure de la vulve, sur un pieu pointu, à l'endroit où elle s'apprêtait à uriner. A peine quelques douleurs et de peu de durée. Il ne s'écoula pas de sang, mais il y eut une légère enflure de l'endroit touché.

Huit jours après, en prenant une injection de toilette à l'eau phéniquée, elle remarqua que l'eau revenait chargée de

matières fécales ou, tout au moins de quelque chose y ressemblant énormément.

Examen. — Sur la paroi recto-vaginale se trouve deux ouvertures conduisant dans le rectum ; une plus petite se dirigeant vers l'anus, une autre plus grande, comme une grosse cerise, à 5 centimètres de la première.

Le pourtour est très enflammé. Il siège à 8 centimètres de l'anus. L'index ne peut atteindre l'ouverture rectale.

Les ganglions de l'aîne sont un peu augmentés de volume.
Pas de syphilis.

On l'opéra, mais l'ouverture de la fistule persista plus petite. L'état de la malade s'était amélioré à tel point que les fèces de consistance ferme ne passaient plus dans le vagin.

OBSERVATION XXI

(Cayla et Lawson, *Medical Times*, 1877, p. 461, n° 90.504.)

Abcès de la cloison recto-vaginale produisant une obstruction du rectum. — Abcès dû probablement à une phlébite hémorroïdaire.

Élisabeth X., âgée de trente-six ans, entre à l'hôpital en février 1877. Sa santé a été bonne jusqu'au 22 janvier, où elle fut prise de vomissements verdâtres et de douleurs violentes dans les deux fosses iliaques. Ces vomissements persistèrent plusieurs jours, toujours verts mais jamais noirs ou rouges. A partir du 22 janvier jusqu'au 1^{er} février, elle eut des coliques avec des matières liquides et vertes.

1^{er} février. — Malade faible. Abdomen peu distendu et sensible dans quelques parties autour de l'ombilic. Les deux fosses iliaques sont sensibles. Les mouvements respiratoires profonds ne donnent pas de douleurs. La langue est chargée, la bouche sèche, la peau morte, le pouls à 96, la température 99 degrés Fahrenheit. Lavements et opium, cataplasme.

2 février. — Pouls 120, température 100 degrés Fahrenheit, 32 respirations. Douleurs surtout dans la région ombilicale, Respiration, type costal supérieur, sensibilité dans la région hypogastrique et iliaque, côté gauche. Percussion tympanique. Le soir, on lui administra trois lavements. Vomissements après le lavement. On ordonna de l'opium. Quelque temps après la malade rendit le lavement, mais il ne vint pas de fèces ni de sang. Avant l'injection, on avait remarqué un peu de sang au pourtour de l'anus et des parties génitales, mais on ne put en découvrir l'origine. Température 101 degrés Fahrenheit, pouls 120. Dans ce cas, les symptômes étaient bien dus à une obstruction du gros intestin. On fit l'examen rectal, on trouva que c'était une tumeur qui bombait dans le rectum.

3 février. — Pouls 100 ; température 100 degrés Fahrenheit. Vomissements, transpirations. La douleur siégeait surtout à l'ombilic. Un peu de tympanisme. Aucun gaz ne venait par l'anus. Le Dr Dawis fit un toucher par le rectum et le vagin. Il trouva l'orifice et le col de l'utérus normaux. En arrière et au delà du cul-de-sac vaginal on sentait une tumeur molle et fluctuante.

A l'examen rectal, on trouva que cette tumeur déplaçait la paroi antérieure vers la paroi postérieure, empêchant les matières de s'échapper. L'examen digital amena des matières

fécales. M. Lawson trouva la tumeur fluctuante et décida de la ponctionner par le vagin, ce qui fut fait la malade étant endormie à l'éther. On compléta l'opération en faisant une large incision qui amena une copieuse décharge de pus fétide, qui à la fin était teinté de sang. L'écoulement était modifié par les mouvements respiratoires.

En explorant avec le doigt on trouva une large cavité occupant toute la paroi recto-vaginale. On la lava largement, on draina et après quinze jours la malade partit de l'hôpital complètement guérie.

OBSERVATION XXII

(Gobert de Lamballe, *Traité sur les fistules*, obs. XXXVIII, p. 339, n° 34.897.)

Abcès aigu de la cloison recto-vaginale.

Fistule recto-vaginale

M. . . , âgée de vingt-deux ans, eut, en 1835, un abcès saillant à la fois dans le rectum et dans le vagin. Ouvert avec le bistouri dans le premier de ces organes, il s'ouvrit de lui-même dans le second. Depuis cette époque jusqu'en 1839, les deux ouvertures restèrent fistuleuses et résistèrent à tous les traitements employés. Injections, mèches, sétons, incisions, excisions furent impuissants. Quand la jeune malade vint consulter le Dr Barton, l'ouverture fistuleuse du vagin était à 27 millimètres, sur le côté droit, et le canal, se dirigeant en arrière, traversait le périnée pour remonter sur la

face antérieure du rectum, qui était percé à 95 millimètres de l'anus.

L'opération qui guérit cette fistule fut la suivante: on y passa d'abord un séton qui, entrant par le vagin, vint sortir par le rectum. A quelques jours de là, on fit au périnée une incision qui pénétra jusqu'à la fistule: l'extrémité vaginale du séton, conduite à travers cette incision, laissa libre l'ouverture de la fistule au vagin. La fistule recto-vaginale était ainsi convertie en fistule anale, qu'on traita par la ligature. Celle-ci fut serrée chaque jour. Avant qu'elle eût complètement détruit la fistule anale, celle du vagin était tout à fait guérie.

OBSERVATION XXII

Butler. — Cas de fistule à l'anus suivie d'abcès de la cloison recto-vaginale (*Cleveland Medical Gazette*, 1889-1890, p. 503).

OBSERVATION XXIII

Potarca. — Phlébite hémorroïdaire suppurée suivie de fistule recto-coccygienne et recto-vaginale (*Revue de Chirurgie de Bucarest*, 1900, p. 504-509).

OBSERVATION XXIV

Coni. — Abcès de la cloison recto-vaginale, pelvi-péritonite (*Revue médico-chirurgicale de Buenos-Aires*, 1822-1823, p. 172-175).

OBSERVATION XXV

Winckel. — Abscès de la cloison recto-vaginale chez une malade atteinte de tuberculose à la fin d'une fièvre typhoïde (*Pathologie des maladies des femmes*, 1881, p. 153).

OBSERVATION XXVI

Fall. — Abscès de la cloison recto-vaginale à la suite d'un chancre vulvaire. Fistule vulvo-rectale (*Ber. d. K. K. Krankankheiten Wieden*, 1877. Wien., 1878, p. 169).

CONCLUSIONS

1° Les abcès de la cloison recto-vaginale sont rares (26 observations) ;

2° Il existe peu d'observations d'abcès par infection directe, soit à la suite d'une plaie, d'une blessure quelconque ou au cours d'un accouchement laborieux, d'une brûlure.

Ce sont surtout des abcès symptomatiques dus aux rétrécissements du rectum, à la tuberculose périanale, à la phlébite hémorroïdaire, aux rectites, aux vaginites ;

3° L'infection est propagée par la voie lymphatique aux nodules lymphatiques de la cloison recto-vaginale. Elle est due au colibacille, au streptocoque, au staphylocoque, au bacille tuberculeux, au gonocoque.

La phlébite hémorroïdaire explique un petit nombre d'abcès par propagation par voie veineuse ;

4° Cliniquement, ils se révèlent par l'existence d'une tuméfaction globuleuse, bien circonscrite, généralement très douloureuse à la pression. Comme phénomènes généraux : douleurs vives avec ténésme

rectal, frissons, inappétence, constipation et température ;

5° Il est un diagnostic important, mais rare : celui de la hernie vaginale étranglée. Dans ce cas, il existe des phénomènes de réaction péritonéale ;

6° Les abcès de la cloison recto-vaginale se compliquent souvent de fistule recto-vaginale ;

7° L'abcès formé, il faut se hâter de l'ouvrir et largement par voie vaginale. Dans les cas rebelles ou récidivants, dans les cas d'abcès anciens ou enkystés, il faut exciser la poche où le pus se collecte.

Vu : Le Président de la thèse,
QUÉNU

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ACCONCI. — Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale. Paris 1904, p. 771-778.
- BERNDT. — Thèse de Breslau, 1898.
- BOEHM. — Archives générales de Médecine, 1836, t. XII, p. 212.
- BODENSTEIN. — Monatschrift für Geburt. und Franen. Berlin, p. 613, n° 90787.
- BRESLAU. — Monatschrift für Gebürstkeunde und Frauenkrankheiden, 1858. Berlin, n° 90787.
- BROWNE. — Medical Times et Gazette London, 1877, n° 90504.
- CARRÉ. — Thèse de Paris, 1892-1893, n° 118.
- CHARRIER. — Thèse de Paris, 1855.
- CHASSAIGNAC. — Traité de la suppuration, p. 506, n° 35011.
- CLARKE. — Am. M. Ass. Chicago, 1894, p. 227, n° 91402.
- CONI. — Revue médico-quirite. Buenos-Aires, 1822-1823, p. 172.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie.
- FALL. — Bert. Krankheiten, Wien, 1878, p. 169.
- FONVIEILLE. — Thèse de Paris, 1898.
- FOURNIER. — Nouveau dictionnaire de Med. et de Chir. pratiques, t. VII, p. 72.
- JEAFFERSON. — Médical Times, 1877, p. 461, n° 90504.
- JOBERT DE LAMBALLE. — Traité de fistules... Paris, 1852, n° 34897.

- LEGUEU. — Traité de gynécologie.
- MAGNIN. — Journal de Med. et de Chir. pratiques, 1877, p. 119.
- MONTGOMERY. — Centralblatt für Gynakologie, n° 43, p. 855, n° 90652.
- NONAT. — Maladies de l'utérus et des organes génitaux externes, 1869, n° 32983.
- PERRET. — Thèse de Paris, 1855.
- POTARCA. — Revue de Chirurgie. Bucarest 1900, p. 504.
- QUÉNU et HARTMANN. — Chirurgie du rectum.
- ROBERT. — Thèse de Paris, 1899-1900, n° 94.
- ROUTIER. — Journal des Praticiens, juin 1908.
- RIZZAZORO. — Gazette de l'Académie de med. de Turin, 1875.
- SAURI. — Thèse de Paris, 1868.
- SERRET. — Thèse de Paris, 1867.
- SCHILLER. — Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. Leipzig, 1877-1878, n° 38150.
- VINCENT. — Transactions of the pathologocial Society of London, 1867-1868, n° 90561.
- WENIGER. — Thèse de Berlin, 1887.

